

## Questionnaire - Troubles du psychisme

### Client

Nom   
Rue   
Sexe   
Date de naissance   
Numéro de client

Prénom   
NPA / Lieu   
Tél.   
eMail   
No de proposition

Prrière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

### Diagnostic (ICD-10)

Date de diagnostic

Date de la dernière consultation

Taille  cm

Poids  kg

	Non	Oui	Informations complémentaires	Dates
<b>Troubles psychiques</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Episode unique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Récidivants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nombre <input type="text"/>	dernier le <input type="text"/>

### Type du trouble

Quels symptômes se sont manifestés?

Quel est l'état mental actuel du patient?

Est-ce que la maladie s'est développée suite à des faits concomitants?  Non  Oui

Si oui, veuillez préciser

**Tentative(s) de suicide**  Non  Oui nombre  dernière le

Motivation toujours présente  Non  Oui

Nature de l'acte

Suivi et traitement	Non	Oui	Informations complémentaires	Dates
Patient suivi par			<input type="checkbox"/> généraliste <input type="checkbox"/> psychiatre <input type="checkbox"/> psychologue	
Hospitalisation en milieu psychiatrique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	durée <input type="text"/>	date de sortie <input type="text"/>
<b>Traitement en cours</b>				
Médicamenteux (veuillez indiquer lesquels)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>
Autre: lequel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>
<b>Traitement dans le passé</b>				
Médicamenteux (veuillez indiquer lesquels)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>
Autre: lequel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	depuis <input type="text"/>
<b>Activités</b>				
Arrêt des activités pour troubles psychiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nombre <input type="text"/> durée <input type="text"/>	dernier le <input type="text"/>
Reprise des activités normales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		depuis <input type="text"/>
<b>Guérison des troubles</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		seit <input type="text"/>
Y a-t-il à votre connaissance d'autres maladies ou troubles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

## Remarques

non

oui

Médecin /  
Thérapeute

Tél.

Fax

eMail

Date

### Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez  
envoyer le formulaire en toute sécurité à au  
service médicale de la mobilière.